**Les pathologies de l’intestin grêle**

Tristan St-Jean-Gamache

Hiver 2016

Faculté de médecine de l’Université Laval

1. LES PATHOLOGIES INFLAMMATOIRES

La maladie cœliaque est une maladie intestinale chronique due à une intolérance à la gliadine. Elle est aussi appelée sprue non tropicale, caractérisée par une diarrhée chronique, une glossite[[1]](#footnote-1) et une anémie. La prévalence de cette maladie augmente. La présence du marqueur HLA-DQ2 ou DQ8 est essentielle à la manifestation de la maladie cœliaque. Le diagnostic se fait au moyen des anticorps anti-transglutaminases et de la biopsie duodénale, qui détecte l’atrophie villositaire. Le patient sera dans un état de dénutrition.

À l’histologie, on peut constater de l’atrophie villositaire, c’est-à-dire une destruction des microvillosités gastriques, et de l’hypertrophie cryptique.

Le traitement de la maladie cœliaque se fait avec une diète sans gluten. Il faut exclure le seigle, l’avoine, le blé et l’orge. Le riz, le maïs et le soya peuvent être utilisés pour compenser. L’usage de vitamines est aussi conseillé.

Parmi les complications de la maladie cœliaque, on retrouve des cas réfractaires, l’ulcération, la sténose, la perforation et un risque plus élevé de néoplasie maligne, particulièrement de l’un des types suivants :

* Lymphome ;
* Cancer épidermoïde de l’œsophage ;
* Adénocarcinome de l’intestin grêle.

2. LES PATHOLOGIES TUMORALES

Les tumeurs de l’intestin grêle sont rares et constituent moins de 2 % des néoplasies gastro-intestinales. Les 4 types les plus fréquents de tumeurs malignes de l’intestin grêle sont les adénocarcinomes, les carcinoïdes[[2]](#footnote-2), les lymphomes et les sarcomes[[3]](#footnote-3) (incluant le GIST).

Les manifestations cliniques des tumeurs de l’intestin grêle sont relatives à la localisation de la néoplasie. Lorsque la tumeur est dans le duodénum, on retrouve des douleurs abdominales crampiformes et une obstruction intestinale. Lorsque la tumeur est dans le jéjunum ou dans l’iléon, les symptômes sont peu spécifiques : il peut y avoir une sub‑occlusion (obstruction partielle des intestins) et/ou une distension abdominale. En cas d’obstruction intestinale, il peut aussi y avoir sténose ou intussusception (invagination intestinale), cas dans lequel la tumeur serait entraînée par le péristaltisme.

Les manifestations cliniques des tumeurs de l’intestin grêle sont une anémie ferriprive, surtout dans les cas de GIST et de léiomyome, et une masse palpable – chez 25 % des patients. Les perforations, la perte de poids, l’hémorragie massive et le syndrome carcinoïde peuvent être rencontrés, mais sont plutôt rares.

Le diagnostic des tumeurs du grêle se fait par les moyens suivants :

* Transit de l’intestin grêle ;
* Entéro-IRM ;
* Vidéocapsule ;
* Écho-endoscopie duodénale ;
* Endoscopie à double ballon ;
* Tomodensitométrie.

Le traitement des tumeurs bénignes se fait par résection chirurgicale ; elle peut être endoscopique pour les tumeurs duodénales. Le traitement des tumeurs malignes se fait par résection chirurgicale et par chimiothérapie. Le pronostic de l’adénocarcinome est mauvais, avec une survie à 5 ans de 25 %.

La tumeur carcinoïde origine des cellules neuroendocrines. Elle peut être partout dans le tractus digestif, mais l’iléon est le site le plus fréquemment atteint. Il y a possibilité de sécréter des amines bioactives (vasopeptides), mais si le drainage veineux est portal, ces amines seront détruites au foie. La forme de la tumeur peut être sporadique ou familiale, comme dans le cas des anomalies de développement du tissu ectodermique (neurofibromatose ou maladie de Von Hippel-Lindau).

Les manifestations cliniques de la tumeur carcinoïde peuvent inclure des inconforts, des douleurs abdominales, de l’anémie, des saignements et une obstruction (par la tumeur, par intussusception ou par réaction de fibrose mésentérique). Ce type de tumeur est souvent asymptomatique.

Dans 10 % des cas de tumeur carcinoïde, il y aura un syndrome carcinoïde. Ce syndrome requiert la présence de métastases hépatiques ou d’une tumeur primaire extra‑digestive (poumons ou ovaires, par exemple). Il est causé par le largage de produits bioactifs et peut être contrôlé avec des antagonistes de la sérotonine ou de l’histamine. Les symptômes du syndrome carcinoïde incluent :

* Diarrhées aqueuses ;
* Stéatorrhée[[4]](#footnote-4) ;
* Bouffées vasomotrices ;
* Flushing[[5]](#footnote-5) ;
* Palpitations ;
* Bronchoconstriction ;
* Pellagre[[6]](#footnote-6) ;
* Maladie cardiaque carcinoïde (cœur droit, valvulopathie de la tricuspide).

Il y a également des facteurs déclenchants, comme le stress, l’alcool, les fromages, les mets épicés, l’exercice, l’anesthésie et la chirurgie.

Le diagnostic du syndrome carcinoïde se fait par une collecte d’urine de 24 heures servant à quantifier le 5HIAA, le métabolite de la sérotonine. Si le taux est élevé, cela signifie qu’il y a une surproduction de sérotonine. La présence de la chromogranine A, de la synaptophysine et/ou de l’énolase spécifique des neurones dans le sérum peut aider au diagnostic. La scintigraphie à l’octréotide peut aider à localiser la tumeur.

Le seul traitement curatif du syndrome carcinoïde est la chirurgie. Les résultats de la chimiothérapie sont décevants. La prescription de somatostatine peut aider à contrôler les symptômes et a un effet anti-tumoral. Les interférons alpha peuvent aussi être utilisés. Une thérapie radionucléaire peut aussi être employée, par l’entremise d’un analogue de la somatostatine radiomarqué.

3. LE DIVERTICULE DE MECKEL

Le diverticule de Meckel est un vrai diverticule composé de toutes les couches de la paroi iléale. C’est un vestige embryologique qui atteint deux fois plus souvent les hommes que les femmes. Il est situé à 2 pieds de la jonction iléo-cæcale et la majorité des cas cliniques sont observés chez les individus de moins de 2 ans.

Le diverticule de Meckel est symptomatique la moitié du temps, lorsque la muqueuse gastro-intestinale est ectopique[[7]](#footnote-7). L’origine est la plupart du temps gastrique en raison de l’acidité, mais peut aussi être duodénale, pancréatique, biliaire ou colique.

Les manifestations cliniques peuvent inclure une hémorragie digestive basse secondaire à une ulcération peptique et une obstruction intestinale caractérisée par :

* Intussusception ;
* Herniation ;
* Volvulus[[8]](#footnote-8) ;
* Vomissements ;
* Distension abdominale ;
* Risque d’ischémie.

La diverticulite de Meckel est une complication inflammatoire aiguë qui peut être confondue avec une appendicite.

4. RÉSUMÉ

Tous les cas de diarrhée traduisent un déficit de surcharge ayant plusieurs causes possibles. C’est une manifestation commune secondaire à un état de malabsorption, sauf dans le cas du syndrome carcinoïde, qui doit être exclu.

Les obstructions peuvent être tumorales ou être liées à des intussusceptions.

Les hémorragies peuvent être présentes, notamment dans le cas du diverticule de Meckel.

Pour les segments du tube digestif qu’on ne peut pas analyser par gastroscopie, il faut utiliser une caméra ingestible.

1. Inflammation de la langue, entraînant un gonflement et un changement de couleur et de forme dans les cas graves. [↑](#footnote-ref-1)
2. Tumeurs à évolution lente qui entraînent une augmentation du calibre des vaisseaux sanguins. [↑](#footnote-ref-2)
3. Type de cancer qui prend origine dans les tissus de soutien tels que les os, le cartilage, les tissus adipeux, les muscles, les vaisseaux sanguins ou d'autres tissus conjonctifs. [↑](#footnote-ref-3)
4. Quantité anormale de graisse dans les selles. [↑](#footnote-ref-4)
5. Épisodes brefs de vasodilatation. [↑](#footnote-ref-5)
6. Maladie liée à la malnutrition. [↑](#footnote-ref-6)
7. L’ectopie désigne la position anormale d'un organe. [↑](#footnote-ref-7)
8. Retournement d'un tube sur lui-même en faisant une boucle qui s'étrangle à la base. [↑](#footnote-ref-8)